

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Beatriz Ferrari

A interconsulta entre Farmácia e Enfermagem em pacientes diabéticos insulín dependentes: Relato de experiência de uma Residente Multiprofissional em Saúde da Família.

Florianópolis-SC

2017

Beatriz Ferrari

A interconsulta entre Farmácia e Enfermagem em pacientes diabéticos insulín dependentes: Relato de experiência de uma Residente Multiprofissional em Saúde da Família.

Trabalho de conclusão da Residência  
Multiprofissional em Saúde da Família

Orientação: Dr. Norberto Rech

Coorientação: Dra Eliana Diehl

Florianópolis-SC

2017

Beatriz Ferrari

**A interconsulta entre Farmácia e Enfermagem em pacientes diabéticos insulínodpendentes:  
Relato de experiência de uma Residente Multiprofissional em Saúde da Família.**

Este trabalho foi julgado adequado para a obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC

Florianópolis, 21 de Fevereiro de 2017.

---

Prof. Marení Rocha Farias  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Prof. , Dr. Norberto Rech  
Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Daiane de Bem Borges  
Farmacêutica na Rede de Saúde Pública de Florianópolis

---

Mariana Itamaro  
Enfermeira da Gestão de Saúde Pública de Florianópolis

## RESUMO

**Introdução:** A 8ª Conferência Nacional de Saúde, afirma que a saúde é um direito e que o Estado deve garantir condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Neste contexto, a criação da ESF vem com o objetivo de tratar o indivíduo de forma integral e não só curativa (ROSA; LABATE, 2005). Já em 2008, com o objetivo de ampliar as ações da Atenção Básica e sua resolutividade, apoiando a ESF, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O farmacêutico está entre profissionais que podem fazer parte do NASF e este deve incluir em sua agenda de trabalho a assistência farmacêutica, mas também, ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para os profissionais envolvidos. Esse trabalho se mostra fundamental na atenção às doenças crônicas. A atenção para as pessoas com doenças crônicas envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional (BRASIL, 2006). Dentre as principais doenças crônicas está a Diabetes e os portadores dessa doença sofrem no cotidiano com a fragmentação do atendimento. Esse foi um dos motivos que levaram algumas profissionais da Atenção Básica a realizarem um atendimento diferente colocando na prática algumas ações que são previstas aos profissionais do NASF, nesse caso a interconsulta. Mello Filho e Silveira conceituam a interconsulta como uma ação de saúde interprofissional e interdisciplinar que tem por objetivo integrar e promover a troca de saberes de diferentes atores que atuam nos serviços de saúde, visando o aprimoramento da tarefa assistencial. Faz-se por meio de pedido de parecer, discussão de caso e consulta conjunta (2005, p. 148). **Objetivo:** Relatar como ocorreram as interconsultas entre profissional Farmacêutica residente em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina e profissionais de enfermagem de um Centro de Saúde de Florianópolis-SC, com pacientes que fazem uso de insulina. **Metodologia:** O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Foram realizadas 25 interconsultas com pacientes insulínod dependentes, de um Centro de Saúde de Florianópolis, ao longo de 2015 e 2016. Todas as consultas foram norteadas por um roteiro de perguntas, práticas e orientações básicas adaptado do Caderno de Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. **Resultados:** A partir da necessidade de realizar a troca do glicosímetro, pensou-se em fazer um atendimento de forma mais completa aos pacientes, visto que, muitos estavam sem o acompanhamento adequado pelos profissionais do Centro de Saúde. Muitos pacientes são polimedicados, pensou-se na articulação entre farmácia e enfermagem para se tornar um atendimento mais integral. No dia do atendimento o paciente era chamado para um consultório já organizado para o atendimento individual, com os instrumentos necessários para sua avaliação. Sendo a “interconsulta” um atendimento em conjunto, cada profissional trabalhava aspectos mais relacionados à sua área específica. As principais ações dos atendimentos foram sobre a importância do autocuidado, organização dos medicamentos, principalmente a insulina. Além disso, muitos casos foram levados para reunião de equipe para discussão sobre futuros atendimentos e novos encaminhamentos. Muitos pacientes se surpreenderam com o tipo do atendimento, perceberam que se tratava de algo diferenciado e sempre agradeciam pela atenção recebida. **Considerações finais:** Percebeu-se que, apesar do enfermeiro estar acostumado ao atendimento em consultório, ele muitas vezes se sentia inseguro de passar algumas orientações na qual não faziam parte da sua formação profissional. Já para o profissional farmacêutico ficou evidente após os atendimentos a diferença no vínculo com os pacientes. Quando o profissional consegue acolher o usuário de forma organizada, com o tempo adequado e principalmente mostrando interesse em ouvir o que ele tem a dizer faz a diferença na confiança que esse usuário vai ter com esses profissionais, e sentir isso na pele se mostra um choque de realidade, pois só se faz uma boa saúde da família se o usuário do SUS for devidamente acolhido.

**Palavras chaves:** Interconsulta; Saúde da Família; Insulínod dependentes

## ABSTRACT

**Introduction:** The 8th National Health Conference affirms that health is a right and that the State must guarantee dignified living conditions and universal and equal access to health promotion, protection and recovery actions and services, at all levels, to all the inhabitants of the national territory, leading to the full development of the human being in his individuality. In this context, the creation of the ESF comes with the objective of treating the individual in an integral and not only curative way (ROSA and LABATE, 2005). Already in 2008, the Family Health Support Center (NASF) was created in order to expand the actions of Primary Care and its resolution, supporting the FHS. The pharmacist is among professionals who can be part of the NASF and this should include in their work agenda the pharmaceutical assistance, but also, shared clinical actions, for an interdisciplinary intervention, with exchange of knowledges, capacity and mutual responsibilities, generating experience for the Professionals involved. This work is fundamental in the attention to chronic diseases. Attention to people with chronic diseases necessarily involves multiprofessional care (BRASIL, 2006). Among the main chronic diseases is Diabetes and patients with this disease suffer in the daily life with the fragmentation of care. This was one of the reasons that led some Primary Care professionals to perform a different care putting in practice some actions that are foreseen to NASF professionals, in this case, the consultation. Mello Filho and Silveira conceptualize interconsultance as an interprofessional and interdisciplinary health action whose objective is to integrate and promote the exchange of knowledge of different actors that work in health services, aimed at improving the care task. This is done through a request for opinion, case-study and joint consultation (2005, p. 148). **Objective:** To report how the interconsultations occurred between professional pharmacists residing in a Multiprofessional Family Health Residency Program at the Federal University of Santa Catarina and nursing professionals at a Health Center in Florianópolis, SC, with patients who use insulin. **Methodology:** The present work is a descriptive study, with a qualitative approach, of the type of experience report. Twenty-five inter-consultations with insulin-dependent patients from a Health Center in Florianópolis were carried out throughout 2015 and 2016. All consultations were guided by a script of questions, practices and basic orientations adapted from the Strategy Book for the care of the person with illness Chronic: Diabetes Mellitus **Results:** As a result of the need to perform the glucometer replacement, it was thought to provide a more complete care to the patients, since many were without adequate follow-up by the Health Center professionals. Polypharmacy, it was thought in the articulation between pharmacy and nursing to become a more integral service. On the day of care the patient was called to an office already organized for individual care, with the necessary instruments for their evaluation. Being the "interconsulta" a service together, each professional worked aspects more related to his specific area. The main actions of the consultations were on the importance of self-care, organization of medications, mainly insulin. In addition, many cases were taken to a team meeting to discuss future appointments and new referrals. Many patients were surprised by the type of care, they realized that it was something different and they always appreciated the attention received. **Final considerations:** It was noticed that, although the nurse was accustomed to the office care, he often felt insecure to pass some guidelines in which they were not part of his professional training. For the pharmacist, the difference in the relationship with patients was evident after the visits. When the professional manages to receive the user in an organized way, with the appropriate time and mainly showing interest in hearing what he has to say, it makes the difference in the confidence that this user will have with these professionals, and to feel it on the skin shows a shock Of reality, since only good family health is done if the SUS user is duly received.

**Keywords:** Interconsul; Family Health; Insulin-dependent

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
OBJETIVO.....	10
METODOLOGIA.....	10
DESENVOLVIMENTO .....	10
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	14
REFERÊNCIAS .....	16
APÊNDICE 1 .....	18

## INTRODUÇÃO

Em 1986 em Ottawa, Canadá, foi realizada a primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, trazendo a promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação da comunidade no controle deste processo (OTTAWA, 1986).

No mesmo ano, no Brasil, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que veio ao encontro do que foi debatido em Ottawa, reafirmando que a saúde é um direito e que o Estado deve garantir condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986).

A Constituição Federal, promulgada em 1988, incluiu ainda os pré-requisitos para a saúde, que na lei orgânica da saúde (Lei 8080/90) são traduzidos em determinantes e condicionantes de saúde: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer, entre outros (BRASIL, 1988; BRASIL 1990). A partir disso, o olhar dos profissionais de saúde voltou-se à proteção da saúde, prevenção de doenças, sem prejuízo às atividades de recuperação à saúde.

Neste contexto, a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) vem com o objetivo de tratar o indivíduo de forma integral e não só curativa, usando o território em que este indivíduo está inserido para auxiliar nas estratégias voltadas à sua saúde. Posteriormente, o PSF passa a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF) por não se tratar apenas de um “programa” (ROSA; LABATE, 2005).

A ESF tem como pressupostos a implementação dos princípios do SUS e, portanto, apresenta um novo modelo de atenção, baseado na promoção da saúde. O trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e o trabalho multiprofissional são elementos centrais da ESF (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Já em 2008, com o objetivo de ampliar as ações da Atenção Básica e sua resolutividade, apoiando a ESF, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este foi de grande importância na consolidação da ESF, pois estabeleceu a constituição dos núcleos por equipes, compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (BRASIL, 2010).

Conforme a Portaria da Atenção Básica nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, o farmacêutico está entre profissionais que podem fazer parte do NASF. O farmacêutico deve incluir em sua agenda

de trabalho a assistência farmacêutica, reuniões com as Equipes de Saúde da Família (ESF), reuniões entre a equipe do NASF, gestão das farmácias, grupos de educação em saúde/atividades comunitárias, visita domiciliar, atendimento conjunto com outros profissionais de saúde, atendimento familiar e/ou individual e educação permanente (BRASIL, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi o primeiro modelo brasileiro de sistema de saúde a adotar a Assistência Farmacêutica (AF) e a Política Nacional de Medicamentos (PNM) como instrumentos estratégicos na formulação das políticas de saúde, possibilitando ao farmacêutico não só participar de maneira mais efetiva da saúde pública, mas também desenvolver formas específicas de tecnologias envolvendo os medicamentos e a prestação de serviços de saúde (Marin et al., 2003).

A atuação de farmacêuticos junto ao Sistema Único de Saúde é uma realidade em vários municípios. Segundo Nakamura (2013), o Brasil tem 600 farmacêuticos cadastrados no NASF, estes, podem desenvolver atividades usando a estratégia da AF.

Segundo a Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde, artigos III e IV, a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional, trazendo ainda as ações que envolvem a Atenção Farmacêutica dentro desse contexto, sendo essa um modelo de prática, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida.

Segundo as diretrizes do NASF (BRASIL, 2010), os profissionais que o compõem devem priorizar em suas atividades: Ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. A ênfase deve ser em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas/atendimentos conjuntos, apoio por telefone, e-mail etc.

Esses serviços, incluídos dentro de uma ótica de atenção primária, contribuem para diminuição da internação ou do tempo de permanência no hospital, além de promover assistência aos portadores de doenças crônicas, tais como educação em saúde e intervenção terapêutica racional (MARIN et al., 2003).

As doenças crônicas apresentam forte carga de mortalidade e morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações e envolvem a perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013).



Segundo as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, a equipe de atenção básica deve organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população. As ofertas, como consultas, exames, procedimentos, devem ser programadas com certa periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades individuais daquele usuário- (BRASIL, 2013).

A atenção para as pessoas com doenças crônicas envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional. A equipe deve ser entendida enquanto agrupamento de profissionais que atende uma determinada população e que se reúne periodicamente e discute os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos. Nesse sentido, o trabalho se torna efetivo na articulação de profissionais de distintos núcleos, com seus saberes e práticas específicos, no campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção- (BRASIL, 2013).

Dentre as principais doenças crônicas está a Diabetes, que segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) atualmente no Brasil, há mais de 13 milhões de pessoas vivendo com diabetes, o que representa 6,9% da população. E esse número está crescendo. Traz ainda que para ter o controle da doença é necessário o acompanhamento regular de uma equipe multiprofissional (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016)

Um estudo realizado com 30 pacientes diabéticos insulínos dependentes mostrou que ocorre uma incidência de 77% (23) de pacientes polimedicados, considerou-se o uso de 5 ou mais medicamentos por paciente, sendo que essa representa um impacto considerável na adesão do paciente ao tratamento, aparecimento de reação adversa e interação medicamentosa- (BOBATO, D. et al, 2013). A implicação dos problemas relacionados ao medicamento reflete de maneira significativa no avanço da doença, podendo causar consequências graves ao paciente diabético, como o pé diabético, neuropatia, nefropatia, entre várias outras. (BRASIL, 2006).

Claro que essas consequências não estão ligadas apenas as questões medicamentosas, mas sim, a um conjunto de fatores, e por isso, ao longo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (2015 e 2016), percebeu-se a necessidade de colocar na prática algumas ações que são previstas aos profissionais do NASF. Diante do exposto esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma Residente Farmacêutica da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC sobre a interconsulta com profissionais da enfermagem em pacientes diabéticos insulínos dependentes.

## OBJETIVO

Relatar como ocorreram as interconsultas entre profissional Farmacêutica residente em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina e profissionais de enfermagem de um Centro de Saúde de Florianópolis-SC, com pacientes que fazem uso de insulina.

## METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Esses atendimentos aconteceram entre profissionais Enfermeiros e Farmacêuticos que atuam no Centro de Saúde (CS) do bairro da Armação, localizado no Distrito Sul do município de Florianópolis-SC.

Foram realizadas 25 *interconsultas* com pacientes insulínod dependentes ao longo de 2016. Nem todos os pacientes insulínod dependentes do bairro participaram dos atendimentos devido à falta de interesse ou tempo. Em alguns casos foram realizadas as *interconsultas* no domicílio no paciente, quando este estava acamado ou debilitado.

Para isto, utilizou-se a lista do Centro de Saúde que tinha como o objetivo inicial o monitoramento dos pacientes que faziam uso da insulina. Essa lista foi elaborada pela Farmacêutica do NASF e repassada para ser atualizada pela residente de Farmácia e as equipes do CS. Pensou-se em utilizar essa lista, pois nela já continham várias informações pessoais (nome completo, telefone, endereço) e outras questões referentes ao tratamento (insulina utilizada, quantidade de UI, data dos últimos exames, data da receita).

Todas as consultas foram orientadas por uma lista de perguntas, práticas e orientações básicas que foram norteadas pelo Caderno de Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus como nesse documento do Ministério da Saúde-é apresentado uma lista-lembrete sobre o que incluir em uma avaliação inicial ao paciente Diabético, foram realizadas adaptações para a realidade do trabalho, pois os pacientes já haviam sido diagnosticados e de certa forma eram acompanhados pelo CS. Ademais, avaliou-se a questão do tempo de consulta e infraestrutura do local de consulta. Essa lista foi desenvolvida entre as profissionais envolvidas com os atendimentos.

## DESENVOLVIMENTO

Os pacientes diabéticos insulínod dependentes de Florianópolis tem o direito de receber, gratuitamente, o glicôsimetro e todos os materiais para fazer o hemoglicoteste (HGT) em sua casa. A

Instrução Normativa 003/2011 referente ao programa voltado aos pacientes insulínodpendentes de Florianópolis traz que o automonitoramento da glicemia capilar não deve ser considerado como uma ação isolada, sendo que sua necessidade e finalidade devem ser avaliadas pela equipe de saúde de acordo com o plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos.

A partir de uma orientação da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que informava aos Centros de Saúde que estes deveriam realizar a troca dos glicosímetros de usuários insulínodpendentes devido a uma nova licitação, pensou-se em não apenas entregar o aparelho novo, mas sim realizar um atendimento individual dos pacientes que faziam uso da insulina, pois se tinha conhecimento que muitos desses pacientes não estavam fazendo o acompanhamento regular no Centro de Saúde (CS), nos relatórios de retiradas de fitas reagentes, por exemplo, via-se que aconteciam de forma muito irregulares. Os pacientes foram agendados conforme a disponibilidade das agendas das profissionais e do usuário.

Observou-se que, muitos pacientes que usam a insulina são diabéticos tipo 2 e a maioria são polimedicados, utilizavam em média 5 medicamentos diariamente, sendo os principais eram a Metformina, Glibenclamida, Losartana, Hidroclorotiazida e Omeprazol. Muitos pacientes já não tinham diabetes como única ou principal patologia, estavam associados a outras doenças, principalmente cardiovasculares. Para então desenvolver um atendimento mais completo, descentralizando do enfermeiro, pensou-se na articulação da Enfermagem com a Farmácia para realização de *interconsultas*.

No dia do atendimento o paciente era chamado para um consultório já organizado para o atendimento individual, com os instrumentos necessários para sua avaliação sendo eles, diapasão, monofilamento, aparelho para aferir a pressão arterial e o aparelho glicômetro já configurado para trocar com o antigo.

Durante a consulta uma das profissionais ficou responsável por anotar todas as respostas e colocações dos pacientes no Sistema Informatizado (INFO-SAÚDE), enquanto a outra realizou a abordagem ao usuário, porém sempre em ação cooperada entre as profissionais responsáveis pelo atendimento. Essa organização foi importante para o registro da maioria das informações trazidas pelo paciente, pois como se tratava de uma consulta diferenciada as dúvidas eram as mais diversas.

De acordo com a Instrução Normativa nº 003 de 15 de junho de 2011 (FLORIANÓPOLIS, 2011), a enfermagem tem um papel muito importante no acompanhamento ao paciente diabético. Durante uma consulta esse profissional deve abordar questões relacionadas ao histórico familiar como: situação cultural, sócio-econômica, grau de instrução, estilo de vida, doenças prévias,

tratamento medicamentoso, entre outras. O farmacêutico utiliza do ato da dispensação para realizar a abordagem aos pacientes, principalmente por esse momento fazer parte de um processo de atenção à saúde e ser essencial para o uso correto dos medicamentos, tendo ainda grande influência no entendimento dos pacientes quanto à doença e o papel do cuidado (seja ele autocuidado ou não).

Em 2013, o Conselho Federal de Farmácia lança uma resolução que regulamenta as atribuições clínicas e trás ao longo do seu texto a importância do farmacêutico na promoção, proteção e recuperação de saúde, provendo a consulta farmacêutica em consultório farmacêutico ou em outro ambiente adequado, que garanta a privacidade do atendimento (Conselho Federal de Farmácia, 2013).

Sendo a “interconsulta” um atendimento em conjunto, cada profissional trabalhava aspectos mais relacionados à sua área específica. No caso da Farmácia, questionava-se ao paciente quais os medicamentos ele fazia uso, além da insulina, percebeu-se que além dos que estavam em sua receita de uso contínuo, muitos se automedicavam, e utilizavam chás indicados por amigos e vizinhos. Frente a isso, ressaltava-se a importância do acompanhamento do profissional de saúde, pois a automedicação poderia até mascarar diagnósticos de doenças, prejudicando o paciente.

O uso correto da insulina também era um dos principais focos da Farmácia, pois muitos usuários não sabiam ou não se lembravam dos passos que se deve seguir para ter efetividade no tratamento. Então reforçava-se a maneira adequada de armazenamento, local de aplicação, validade da insulina, descarte correto da seringa, entre outras informações. Ainda foi feito um folder explicativo (apêndice 1) para o paciente levar caso ainda restasse dúvidas ou viesse a esquecer de algo.

Através desses questionamentos alguns problemas relacionados a medicamentos foram encontrados, principalmente relacionados à efetividade, pois muitos pacientes não conseguiam realizar o acompanhamento médico minimamente a cada 6 meses.

Algumas orientações eram dadas no momento da consulta e era feita uma avaliação breve da receita de uso contínuo do paciente, repassando com ele as posologias indicadas. Casos que necessitavam do atendimento médico logo eram levados em reunião de equipe e repassados, solicitando agendamento prioritário a esses pacientes.

Além de questionamentos em relação ao cotidiano do paciente com a doença realizou-se as avaliações físicas sendo elas: avaliação céfalo caudal (integridade da pele, membros inferiores e pés), peso, altura, circunferência abdominal, IMC, sinais vitais, teste de glicemia capilar e sensibilidade de extremidades. Percebeu-se que os pacientes que haviam recebido o diagnóstico da diabetes na infância ou adolescência, apenas 4 dos 24 atendidos, eram os que tinham praticamente todas as

avaliações dentro dos parâmetros, pois fizeram mudanças significativas em seu estilo de vida. Os demais obtiveram alguma alteração nas avaliações, principalmente relacionadas a sensibilidade de extremidades e sobrepeso.

No início, as questões relacionadas à enfermagem se mostraram, para a profissional farmacêutica, como um desafio, pois eram assuntos e práticas que não estavam em seu cotidiano de trabalho. Porém, a partir da terceira consulta as profissionais já estavam bem familiarizadas com as práticas e com o roteiro em si.

Uma questão que se tornou muito evidente nos atendimentos foi à falta de autocuidado que os pacientes tinham em relação à doença (os pés com rachaduras, unhas que causavam machucados, dificuldades em manter uma alimentação equilibrada). Essa observação importante só foi possível de ser vista devido à atenção que foi dada ao autocuidado dos pacientes, sendo algo que as profissionais viam que estava sendo deixado de lado nos atendimentos pontuais. Nas doenças crônicas, o sucesso do tratamento depende da participação e do envolvimento do usuário em seu tratamento. Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas. (BRASIL, 2013)

Durante a *interconsulta* foi abordada a importância da participação dos pacientes no Grupo de Diabéticos que o Centro de Saúde oferece mensalmente, podendo fazer parte diabéticos que usam ou não insulina, seus acompanhantes e/ou cuidadores. É um grupo que já acontece há muito tempo, cuja participação média é de 10 pessoas. Por muito tempo foi um grupo de responsabilidade da Farmacêutica do NASF, mas entendendo se tratar de um grupo que demanda cuidados multiprofissionais, a mesma decidiu repassar a responsabilidade para os profissionais da Equipe Básica do CS, se destacando no momento como o único grupo de responsabilidade multiprofissional. Nesse encontro estimula-se a reflexão sobre o adoecimento e fatores envolvidos nesse processo. A partir disso, estimula-se práticas de autocuidado e mudança de atitudes.

A organização dos grupos possibilita integração e discussões, favorecendo a criação de redes de cuidado para além do grupo. Isso gera sujeitos ativos e espaço onde as pessoas podem superar suas dificuldades e obter maior autonomia e, também, estreitar a relação entre a equipe multiprofissional e o usuário, fortalecendo a aliança terapêutica (BRASIL, 2010).

Outro ponto muito importante no atendimento foi o acompanhamento do paciente em especialistas que ajudam no tratamento do paciente diabético, como, oftalmologista, endocrinologista, nutricionista, entre outros. Importante lembrar que o paciente conta com uma rede de apoio para atender suas necessidades de saúde, essa rede está presente em diferentes pontos de

atenção (nível primário, secundário e terciário) do município. A maioria dos pacientes estava com consultas de oftalmologias em atraso, a partir dessa identificação, era discutido o caso com a equipe para ter uma decisão partilhada e então pensar nos encaminhamentos.

Depois de cada consulta, foi realizado o registro completo da consulta em cada prontuário, momento em que as profissionais sentavam e discutiam mais detalhadamente os encaminhamentos necessários a cada paciente e avaliavam o decorrer da consulta.

Diante de todas as questões abordadas nas consultas, era evidente a surpresa dos pacientes em relação à atenção que foi dada naquele momento, muitos relatavam que nunca tinham demorado tanto em uma consulta, ou simplesmente comentavam que fazia tempo que não passavam por um atendimento tão completo. Percebeu-se que ocorreu a sensibilização, na maioria dos pacientes, sobre a importância do acompanhamento regular, pois muitos já saíam do consultório interessados em mudar algumas atitudes para melhorar para a próxima avaliação.

A principal fragilidade no decorrer dos atendimentos, foi sentir a insegurança de estar em um atendimento clínico. Durante a graduação de Farmácia pouco se fala do atendimento dentro do consultório, principalmente em como abordar o paciente e lidar com as situações que surgem, é com essa fragilidade que surge a principal potencialidade do trabalho, o atendimento compartilhado com outro profissional, a enfermagem já tem concretizado em seu processo de trabalho o atendimento em consultório, diariamente esses profissionais lidam com as mais diversas situações. A interconsulta é muito importante para o paciente, mas é muito mais necessário para o profissional, principalmente aquele em formação, como é o caso da residência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi uma experiência de grande ganho profissional, poder vivenciar na prática o atendimento em conjunto de forma planejada e orientada foi muito importante, pois a farmácia ainda está pouco presente na atenção clínica dos seus pacientes, está muito focada no gerenciamento da farmácia do CS e aos poucos se inserindo em grupos.

Percebeu-se que, apesar do enfermeiro estar acostumado ao atendimento em consultório, ele muitas vezes se sentia inseguro de passar algumas orientações na qual não faziam parte da sua formação profissional e na *interconsulta* as dúvidas, na maioria das vezes, eram sanadas de forma rápida e eficiente.

Como residente, foi uma experiência que sempre será lembrada, pois foram os primeiros atendimentos clínicos como profissional farmacêutica e momentos de muito conhecimento compartilhado, mas além da questão profissional salienta-se a diferença no vínculo entre a

farmacêutica e os pacientes que ficou muito evidente após as *interconsultas*. Quando o profissional consegue acolher o usuário de forma organizada, com o tempo adequado e principalmente mostrando interesse em ouvir o que ele tem a dizer faz a diferença na confiança que esse usuário vai ter com esses profissionais, e sentir isso na pele se mostra um choque de realidade, pois só se faz uma boa Atenção Primária se o usuário do SUS for devidamente acolhido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, mar./abr. 2007. Disponível em: Acesso em: 12 dez. 2016

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)> Acesso em: 27 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)> Acesso em: 27 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2006. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes\\_mellitus.PDF](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF)> Acesso em: 12 jan. 2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. **Diário Oficial da União**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>> Acesso em: 20 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/caderno\\_ab.php](http://dab.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php)> Acesso em: 20 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)> Acesso em: 12. Dez. 2016

BOBATO, D. et al. **Insulinoterapia e Polimedicação em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, em uma unidade de saúde da cidade de Ponta Grossa, Paraná**. 13.º CONEX. Disponível em: < [http://sites.uepg.br/conex/anais/anais\\_2015/anais2015/672-2947-1-PB-mod.pdf](http://sites.uepg.br/conex/anais/anais_2015/anais2015/672-2947-1-PB-mod.pdf)> Acesso em: 02 fev. 2017.

**CARTA DE OTTAWA**, Canadá, 1986. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2016

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 585 de 29 de Agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf> Acesso em: 12 fev. 2017



COSTA, R.K.S; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. **Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual.** Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, PR. v. 7. p. 530-536. out/dez. 2008. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6670/3920>> Acesso em: 12 dez. 2016

NAKAMURA, C.A. **O que faz o farmacêutico no NASF? Construção do processo de trabalho e promoção da saúde em um município do sul do Brasil.** Projeto apresentado como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. 2013. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107003>> Acesso em: 12 dez. 2016

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Instrução Normativa 003/2011.** Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/15\\_06\\_2011\\_18.45.53.f9bb05bf6cfbf8fe8b2223623d5458be.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/15_06_2011_18.45.53.f9bb05bf6cfbf8fe8b2223623d5458be.pdf)> Acesso em: 12. Dez. 2016

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência.** Latino-Am, Ribeirão Preto, v.13, n.6, nov./dez. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>> Acesso em: 12 dez. 2016

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Deteccção e tratamento das complicações crônicas do Diabetes Mellitus.** Disponível em <<http://www.diabetes.org.br>> Acesso em: 12. Jan. 2017

## APÊNDICE 1

### Armazenamento

- Os frascos fechados de insulina devem ser armazenados em geladeira entre 2° a 8°C, fora da embalagem térmica ou de isopor, longe do congelador, de preferência na prateleira próxima da gaveta das verduras, não deve ser guardada na porta da geladeira, pois lá não temos como manter uma temperatura adequada.
- Caso a insulina venha a congelar, ela perde suas propriedades de tratamento e deve ser desprezada.
- Se a insulina não puder ser guardada em geladeira, procure um lugar fresco, limpo e que não pegue sol diretamente para armazená-la. A insulina pode ser mantida em temperatura ambiente, desde que a temperatura não ultrapasse 30 °C.
- Uma vez aberto o frasco de insulina, ele tem validade de 30 dias. Para um melhor controle, marque a data de abertura no frasco.

### Descarte da seringa

- O descarte da seringa e agulha não deve ser feito no lixo normal, pois pode machucar quem recolhe e manipula o lixo.
- Seringas e agulhas descartáveis de insulina podem ser reutilizadas em nível doméstico, desde que guardados alguns cuidados como a higiene das mãos e a proteção da agulha com sua capa própria.
- Arrume uma embalagem mais grossa, como a de amaciante de roupas, para ser usada e vá descartando ali suas agulhas e seringas. Quando a garrafa estiver cheia, tampe-a e leve ao posto de saúde para que eles possam descartar no local apropriado.

### Para a aplicação da insulina

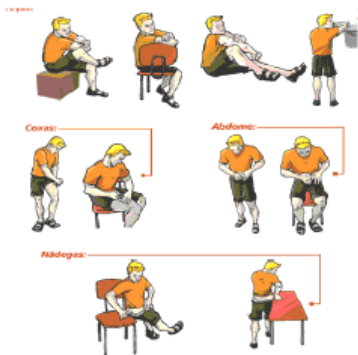
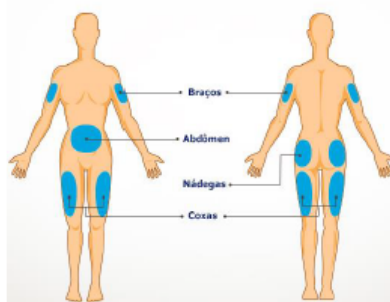
- Retire o frasco de insulina da geladeira de 10 a 20 minutos antes, pois a insulina gelada causa dor e irritação após a aplicação;
- Separe todo o material que irá utilizar: seringa, agulhas e algodão;
- Inicialmente, lave suas mãos cuidadosamente;
- Gire o frasco de insulina NPH (leitosa) com movimentos suaves das mãos. A insulina não deve ser agitada.

### Locais de aplicação de insulina

É importante fazer um rodízio nos locais de aplicação da insulina para um maior conforto e segurança do paciente

Regiões lateral direita e esquerda do abdome, de 4 a 6 cm distante da cicatriz umbilical, face anterior e lateral externa da coxa, face posterior do braço e quadrante superior lateral externo das nádegas, como na figura ao lado:

LOCAIS RECOMENDADOS PARA APLICAÇÃO DE INSULINA



Saúde da Família

CENTRO DE SAÚDE  
ARMAÇÃO  
TEL: 33895014

EMAIL:  
CSARMACAO@GMAIL.COM

Elaborado por: Beatriz Ferrari – Farmacêutica  
Residente do CS Armação



### ORIENTAÇÕES PARA O USO DA INSULINA

